

②【入退院支援】

課 題	根本の要因（箇条書き）
どのような条件が揃えば在宅で生活できるのか、本人家族と関係者が共通認識を持てるようにする。	・病状は改善しても、退院後の生活困難が話し合われないうちで退院することがあり、本人・家族より苦情・不満を寄せられることが多々あり。また、退院カンファレンスで検討した内容と実際は本人様の様子などに、異なるケースも多い。 ・病院の都合などにより、退院が急に決まったり、退院の報告が遅く、住環境整備などが退院に間に合わないことがある。 ・デイサービスなどの事業所によっては感染予防対策で退院後 5 日間の要観察期間を待たないと利用できない所もあり、利用者への不便が生じているケースがある。 ・院内、診察時の利用は介護保険でできず、しかし病院でも対応されないため、認知力が低下している利用者さんが、受診内容を把握できない、関係者が情報を共有できない事が多い。 ・入院時の面会が、感染予防もありできないため、家族の面会や、関係者の必要な面談ができない。 ・身寄りのない方で、後見人もいない場合、入所が困難。 ・病院リハビリが在宅現場を確認しリハビリに取り組む場面はコロナ禍以前、あったが少なくなっている。院内でのリハビリと在宅の環境に差があり、家族が同居でない場合には排泄など最低限のことが出来ないまま退院することがあり困惑する。 ・コロナ禍もあり、異職種交流（顔の見える関係）が行えない等から関係性が構築しづらい。 ・書面では細かいニュアンスが伝えづらい。書面で説明するのに時間がかかってしまっている。（PC の操作の遅延が目立つ） ・各病院によって連携の摂り方、情報提供の仕方が異なっている為わかりにくい。感染対策の観点から情報共有の機会が無かったり、情報不足している部分がある。 ・入院する前の本人の様子が分かりにくい。 ・入院しているうちに、本人の状態が入院前と変わってしまう。 ・以前よりは在宅の生活環境の理解度は以前に比べ高くなっているがまだ理解不足の方がいる。 ・コロナ禍もあり、異職種交流（顔の見える関係）が行えない等から関係性が構築しづらい。 ・個人情報のやり取りが困難（入院先の病院から病名などを教えてもらえない） ・精神疾患で何年も入院しているため、半年間かけて退院支援（地域移行支援）を受けるが、上手く行かないことがある。（例：賃貸物件を確保できない、福祉サービスに本人が馴染まない、家族が受け入れられない、居宅生活ができず体調を崩して再入院） ・家族やキーパーソンがいないと自分では手続きができない。 ・身体・知的障害者の世話をしている家族が入院等になった時、一人で生活できない障害者の受け入れ先が確保できない。 ・精神障害があると、受け入れ病院のベッド確保が困難なため即日の入院ができない。

在宅療養開始する準備が整えられてから、退院を迎えられるようにする。	・「横のつながりでの関係性」が少なく、サービス以上の＋αに手が回っていない。 ・事業所の個々の単位では療養支援は難しい問題。 ・共通の情報共有書式がない。 ・ICT 活用がされていない。 ・急性期病棟は、次の入院患者のために早くベッドを空けたいという事情がある。 ・自ら早く退院したいと希望する人がいる。 ・退院カンファレンスが思うように行えない。 ・少ない情報、異なる情報で開始する場面が多い。
病院を含め、患者・利用者の療養生活を支える関係者間の情報共有の仕組みを整える必要がある。	・家族が思い描く介護支援と専門家の視点での介護支援に相違があり、現実的でない選択をする事があり、説明に苦慮する事がある。同様に在宅支援と施設又は医療機関の視点が異なる為情報共有に苦慮する事がある。 ・特化した部門だけでの情報共有があり、1 部分のみしかわからないまま支援に入ってから相違点や不明点がわかることがある。 ・本人と家族と関係者、関係機関の考え方、方針に相違がある場合がある。 ・サービスの依頼が来ても、忙しいためか基本情報等の提供が遅れることがある。 ・家族の思いと専門家の視点での介護支援に相違がある。